

Verwisselde lens bij oogoperatie

Wat is er gebeurd?

In juni 2017 kwam een 69-jarige patiënt bij de polikliniek van het universitair medisch centrum (umc); hij had last van vlekken en flitsen in zijn oog. De oogarts stelde vast dat het netvlies van de patiënt losliet; daarom besloot hij de volgende dag een spoedoperatie uit te voeren. Een loslatend netvlies kan tot blindheid leiden. De geplande operatie bestond uit twee onderdelen: opnieuw bevestigen van het netvlies en het aanbrengen van een kunstlens met een beoogde sterkte tussen -1 en -1,5. Dit laatste was nodig omdat de patiënt ook leed aan staar. Vanwege de staar moest de troebele lens worden vervangen.

De planning voor de operatie wordt elke dag door de OK-assistenten op een whiteboard geschreven. Ze maken daarvoor gebruik van een operatieprogramma waarin de planning en de relevante gegevens zijn opgenomen. Per patiënt wordt aangegeven welke ingreep wordt uitgevoerd, met daarbij het type lens en de sterkte ervan. Omdat het om een spoedoperatie ging, stonden de gegevens van deze patiënt nog niet in het operatieprogramma. De operateur (de chirurg) zet in zo'n geval de gegevens zelf op het whiteboard. Hij maakt daarbij gebruik van de gegevens van de oogmeting, die digitaal zijn opgenomen in het programma Clinical Assistant.

Op deze operatiedag stond de patiënt als achtste ingedeeld. Maar om roostertechnische redenen werd de patiënt eerder opgeroepen en als vijfde geopereerd. De OK-assistent had voor de operatie een lens klaargelegd op basis van de gegevens op het whiteboard; dat was de lens voor de patiënt die oorspronkelijk als vijfde stond gepland. De operateur maakte gebruik van deze lens, implanteerde deze en vermeldde dit in het operatieverslag. De patiënt ging na deze operatie terug naar de verpleegafdeling en kon daarna terug naar huis.

De patiënt kwam op de eerste en zevende dag na de operatie terug bij de polikliniek voor controle. Daarbij werden geen bijzonderheden aangetroffen. Maar bij het volgende polibezoek, een maand na de operatie, gaf de patiënt aan dat hij alleen dichtbij scherp kon zien. De operateur las in het operatieverslag dat een lens 16,5 is geïmplanteerd, maar in het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) dat er een lens 28 is geplaatst. Deze informatie wordt in het EPD gezet door de OK-assistent; die voert na de operatie handmatig de lenssterkte en het implantaatnummer in. Deze lens (28) had geplaatst moeten worden, maar dat is niet gebeurd. De patiënt werd op de hoogte gebracht van de verwisseling en het UMC bood aan een kosteloze hersteloperatie uit te voeren. Elf weken na de eerste operatie kon er een lenswissel worden uitgevoerd, die succesvol is verlopen.

Hoe kon dit gebeuren?

De kern van deze calamiteit is de verwisseling van twee kunstlenzen voorafgaand aan de operatie. In plaats van de lens 28 die gebruikt had moeten worden, is een lens 16,5 gebruikt. Hieraan liggen meerdere oorzaken ten grondslag: het gebruik van meerdere informatiesystemen, en het feit dat er onvoldoende afstemming is geweest met het OK-team. Bovendien is er op de bewuste dag een wisseling van operateur geweest.

Allereerst de systemen. De OK-assistenten maken gebruik van een operatieprogramma om de volgorde en aard van de werkzaamheden vast te leggen. Dat wordt vervolgens met de hand omgezet

Disclaimer: Conform de afspraken die de NFU met de deelnemende umc's heeft gemaakt, is deze informatie anoniem gemaakt. Deze tekst is tot stand gekomen met toestemming van de patiënt. De NFU heeft de tekst afgestemd met de betrokkenen binnen het umc, maar is niet verantwoordelijk voor eventuele onjuistheden.

naar een whiteboard. De operateur maakt gebruik van de gegevens in een ander programma, Clinical Assistant. Clinical Assistant is bovendien niet gekoppeld aan het EPD.

De kwetsbaarheid die ontstaat door het gebruik van verschillende systemen, kwam aan het licht doordat er een wijziging in de volgorde van de patiënten optrad. De patiënt die als achtste stond gepland, werd als vijfde geopereerd. Deze wisseling werd veroorzaakt door een spoedoperatie. De assistenten hadden de lenzen al klaargelegd, daar heeft deze arts gebruik van gemaakt zonder zich te realiseren dat er een wijziging in de volgorde had plaatsgevonden. Er is onvoldoende afgestemd met het OK-team dat de volgorde was aangepast en dat deze spoedpatiënt eerder geopereerd ging worden. Tijdens het voorgesprek tussen de chirurg, de assistenten en de patiënt is niet besproken welke lens geïmplantéerd moest worden bij deze patiënt. Er heeft wel een time-outprocedure (TOP-procedure) plaatsgevonden, maar daarbij heeft de bewuste operateur niet actief vastgesteld of de juiste lens aanwezig was.

Wat is hiervan geleerd?

- De onderzoekscommissie heeft vastgesteld dat het incident te wijten is aan een combinatie van factoren: geen uniforme werkwijze, een hoge tijdsdruk en het gebruik van het whiteboard om de gegevens van het operatieprogramma (de planning) over te nemen. Dit incident heeft geleid tot een verandering in de werkwijze: de gegevens worden niet meer overgenomen van het operatieprogramma op het whiteboard. Dus: de assistenten en de operateur werken nu op basis van het operatieprogramma.
- Het operatieprogramma Clinical Assistant is niet gekoppeld aan het EPD. Daardoor was niet voor iedereen altijd duidelijk welke lenssterkte geïmplantéerd ging worden. Daarom is afgesproken dat de lenssterkte in het patiëntendossier vastgelegd wordt, zodat dit voor alle professionals inzichtelijk is. Dat zorgt voor een extra controlemogelijkheid.
- Voor iedere operatie moet een gestructureerde briefing en debriefing plaatsvinden, waarbij de lenssterkte benoemd wordt. Hierbij wordt van te voren vollediger dan voorheen geïnventariseerd of de juiste benodigdheden aanwezig zijn, waarbij met name de lenssterkte hardop wordt benoemd. Deze richtlijn wordt besproken met alle betrokken professionals.
- Voordat de lens geïmplantéerd wordt, moet de operateur actief controleren of de juiste lens aanwezig is.

Hoe is de patiënt erbij betrokken?

De onderzoekscommissie die deze calamiteit heeft onderzocht, heeft ook een gesprek met de patiënt gehad. De patiënt vroeg zich af of deze calamiteit niet voorkomen had kunnen worden. Natuurlijk vond hij de verwisseling heel vervelend, vooral omdat een tweede hersteloperatie nodig was. Hij heeft overwogen om de hersteloperatie in een ander ziekenhuis te laten uitvoeren, maar is uiteindelijk toch ingegaan op het aanbod van het umc. Ook heeft hij zeer welwillend meegewerkt aan het onderzoek; hij vindt het belangrijk dat er stappen zijn gezet om herhaling te voorkomen.

Disclaimer: Conform de afspraken die de NFU met de deelnemende umc's heeft gemaakt, is deze informatie anoniem gemaakt. Deze tekst is tot stand gekomen met toestemming van de patiënt. De NFU heeft de tekst afgestemd met de betrokkenen binnen het umc, maar is niet verantwoordelijk voor eventuele onjuistheden.